

DE

N° 77

L'ADÉNOPATHIE

TRACHÉO-BRONCHIQUE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

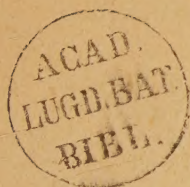
Le 21 Juin 1899

PAR

Octave MAHY

Né à Jargeau (Loiret), le 6 janvier 1847

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

G FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président</i> .	MM. BOSC, <i>agrégé</i> .
DUCAMP, <i>professeur</i> .	BROUSSE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

O. MAHY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR BAUMEL

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON BEAU-FRÈRE, M. J. SERCLÉRAT

Si j'ai réussi à atteindre le but que je m'étais proposé, c'est à vous que je le dois ; sans vous, cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Aussi, suis-je heureux d'accomplir un devoir de reconnaissance en vous exprimant publiquement ma profonde et inaltérable gratitude.

O. MAHY.

AVANT-PROPOS

L'idée de choisir l'adénopathie trachéo-bronchique pour sujet de notre thèse inaugurale nous a été suggérée par une leçon faite sur cette affection par M. Baumel, professeur de clinique médicale des enfants.

En nous décidant à traiter un pareil sujet, nous n'avons pas la prétention d'enrichir la littérature médicale de faits nouveaux : notre but est plus modeste.

Une affection de nature aussi complexe, de formes cliniques aussi variées, de symptômes aussi mobiles que l'adénopathie bronchique exigerait, pour être traitée avec tous les développements qu'elle comporte, un travail au-dessus de nos forces et un temps plus long que celui dont nous pouvons disposer ; nous avons donc dû nous borner à présenter à nos juges un travail concis, contenant quelques observations, dont les unes ont été prises dans le service de M. le professeur Baumel, les autres à la consultation de l'Hôpital-Général.

Il nous a semblé que ces observations, bien que peu nombreuses, venaient à l'appui des idées défendues par le docteur J. Simon et le professeur Baumel, à savoir que, contrairement à l'opinion courante, l'adénopathie trachéo-bronchique est loin d'être de nature presque toujours tuberculeuse, et qu'elle est très souvent curable.

Ce modeste travail, à défaut d'autres mérites, aura du moins celui d'être le reflet de l'enseignement du savant professeur de Pédiatrie de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Nous prions M. le professeur Baumel de vouloir bien agréer l'hommage de notre sincère gratitude pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a donné des conseils, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous ne doutons pas que les juges auxquels nous soumettons cette modeste épreuve ne consentent à l'examiner avec indulgence.

Nous avons divisé notre travail en six parties : Dans la première, nous avons résumé l'historique de cette maladie ; nous avons étudié dans la deuxième l'étiologie et l'anatomie pathologique ; la troisième partie se rapporte aux symptômes la quatrième est consacrée au diagnostic ; la cinquième partie comprend le pronostic, et la sixième, le traitement.

Nous y avons joint quelques observations qui montrent la variété et la complexité du tableau clinique.

DE

L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

CHEZ L'ENFANT

HISTORIQUE

Tout ce qui concerne l'histoire de l'adénopathie trachéo-bronchique est contenu dans la thèse très complète de *Baréty*, parue en 1874 ; on ne peut mieux faire que de résumer les recherches qui sont exposées dans ce travail.

Le premier ouvrage où il soit question des altérations des ganglions du médiastin et des troubles fonctionnels qui en résultent est le *Traité des scrofules*, de Lalouette (1780) ; cet auteur rapporte aux engorgements des ganglions thoraciques certains symptômes tels que : « l'enrouement, l'aphonie, l'asthme, la » *toux changée en ce que l'on appelle coqueluche*, l'oppression » habituelle, la bouffissure du visage ».

Il faut aller jusqu'en 1824 pour trouver une thèse de Leblond, dans laquelle l'auteur décrit une tuberculose des ganglions bronchiques, sous le nom de : *Espèce de phthisie particulière à l'enfance*.

Deux ans après, 1826, Becker publie une monographie : *De glandulis thoracis lymphaticis*.

Viennent ensuite un certain nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons :

H. Ley, 1824, Observations sur l'inspiration rauque des enfants et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux ;

Gintrac, 1845, Essai sur les tumeurs solides intra-thoraciques ;

Marchal, de Calvi. 1848-1850, De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte ;

Duriau et Gleize, 1856, De la tuberculisation des ganglions bronchiques ;

Barthez, 1857, Phtisie ganglionnaire bronchique.

Leroy de Méricourt, 1860, Phtisie bronchique ou adénite péribronchique suppurée, diagnostiquée pendant la vie ; absence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire ;

Fonssagrives, 1861, Mémoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques, et sur la possibilité d'établir le diagnostic de cette affection ;

Potain, 1861, Hypertrophie simple des ganglions bronchiques ;

Sotinel, 1861, Phtisie ganglionnaire chez l'adulte ;

Bouchut, 1863, De la tuberculose des ganglions bronchiques, ou tuberculose médiastine ;

Daga, 1866, De la tuberculisation des ganglions bronchiques chez l'adulte ;

Liouville, 1869, Contribution à l'étude de l'adénopathie médiastine ;

De 1868 à 1885, Noël Guéneau de Mussy, dans ses *Leçons de clinique médicale*, fait entrer la question dans une phase nouvelle ; il élargit le cadre de l'adénopathie trachéo-bronchique, et il y fait rentrer toutes les altérations pathologiques des ganglions du médiastin, aussi bien celles de nature tuberculeuse ou cancéreuse, que celles dues à une inflammation simple ;

et en 1874, paraît la thèse d'un de ses élèves, Baréty, qui étudie la maladie d'une façon complète, et qui résume tout ce qui a été écrit, à cette époque, sur ce sujet.

Enfin, dans ces dernières années, J. Simon, dans ses *Leçons cliniques* (1887), s'attache à établir la fréquence, chez l'enfant, des adénopathies bronchiques simples, non tuberculeuses, constituées par la congestion, l'inflammation et l'hypertrophie des ganglions thoraciques. Cette forme clinique d'adénopathie est admise aujourd'hui, et certains auteurs, J. Simon, le professeur Baumel, enseignent qu'elle est, de beaucoup, la plus fréquente. Ce sont les opinions de ces deux savants maîtres que nous avons résumées dans les conclusions de notre thèse.

ÉTIOLOGIE

Sous le nom d'adénopathie trachéo-bronchique, on comprend tous les états pathologiques, de quelque nature qu'ils soient, qui affectent les ganglions lymphatiques situés le long des bronches et de la trachée.

Ces altérations de nature variée sont dues à une inflammation simple des organes thoraciques, ou bien elles sont de nature tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique...

L'adénopathie trachéo-bronchique est extrêmement commune chez les enfants. Jules Simon dit qu'à Paris, les petits malades atteints de cette affection qui sont présentés à la consultation de l'Hôpital des Enfants se chiffrent par centaines ; nous avons constaté également, pour notre part, un chiffre très élevé de ces malades à la consultation de l'Hôpital-

Général de Montpellier, depuis plus d'un an, ainsi qu'en témoignent les registres de visite.

Cette affection est le plus souvent secondaire soit à un état local, soit à un état général ; mais elle peut-être primitive d'emblée.

1° *Congestion et inflammation simple.* — Les ganglions du médiastin sont l'aboutissant de vaisseaux lymphatiques qui proviennent des organes voisins : trachée, bronches, poumons, plèvres, parois thoraciques...

L'inflammation de ces organes, transmise aux ganglions par les lymphatiques, détermine l'adénite et la périadénite de ces ganglions ; de même qu'une plaie du membre inférieur détermine l'adénite des ganglions du pli de l'aîne, de même aussi qu'un eczéma du cuir chevelu, ou un traumatisme gingival résultant d'une évolution dentaire produisent une adénopathie cervicale.

Les enfants, dont le système lymphatique est en pleine activité, sont particulièrement prédisposés à ces adénopathies consécutives aux inflammations simples de l'appareil broncho-pulmonaire ; aussi trouve-t-on les ganglions du médiastin engorgés à la suite d'une bronchite, d'une pleurésie, d'une pneumonie et surtout d'une broncho-pneumonie ; la tuméfaction ganglionnaire est due aussi à la fièvre typhoïde, à la grippe, à la diphtérie ; mais les deux causes principales d'adénopathie bronchique, celles qu'il faut placer en première ligne, sont : d'abord la rougeole, en second lieu, la coqueluche, enfin la tuberculose. Les enfants atteints de rougeole présentent une adénopathie bronchique qui peut persister longtemps après la disparition de cette maladie ; la coqueluche produit souvent les mêmes résultats.

Il n'est pas rare de voir persister, après la guérison de la rougeole, des symptômes analogues à ceux de la tuberculose ; et pour plusieurs auteurs, en particulier Rilliet et Barthez, les

inflammations ganglionnaires chroniques consécutives à la rougeole et à la coqueluche seraient presque toujours tuberculeuses ; de même, pour Zuber « les altérations tuberculeuses constituent la variété la plus fréquente des adénopathies trachéo-bronchiques. » *In Grancher : Maladies de l'Enfance.*

A côté de cette opinion, que nous considérons comme beaucoup trop absolue, nous placerons celle de J. Simon et du professeur Baumel.

Le premier « s'inscrit en faux contre la fréquence des tubercules consécutives à la rougeole » ; le second enseigne qu'il ne compte plus les cas de guérison d'adénopathie simple non tuberculeuse « produite par le fait de la bronchite et de la broncho-pneumonie rubéoliques. » Art. Rougeole : in *Traité de Médecine* de Bernheim.

2° *Tuberculose.* — D'après Rilliet et Barthez et quelques auteurs étrangers cités par Zuber, les enfants tuberculeux présentent presque tous (dans la proportion de 98 o/o), la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques.

D'autre part, la tuberculose des ganglions peut se rencontrer, sans que les poumons soient atteints de lésions tuberculeuses, dans un huitième des cas (Rilliet et Barthez).

Il résulte, en effet, d'autopsies nombreuses que, chez les enfants, la tuberculose a souvent son point de départ dans les ganglions bronchiques, contrairement à la loi trop rigoureuse de Parrot, qui veut que l'altération des ganglions soit subordonnée à l'existence d'une lésion broncho-pulmonaire.

Les ganglions peuvent être atteints primitivement sans lésion appréciable du côté du poumon, de la plèvre, des bronches ; ils peuvent être infectés, soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique.

D'après Pizzini, cité par Zuber, on a pu « constater par » l'inoculation au cobaye, la présence latente de bacilles

» tuberculeux dans les ganglions sains en apparence de
» sujets morts sans aucune lésion tuberculeuse ».

C'est la démonstration de l'envahissement primitif des ganglions bronchiques par le bacille de Koch et de l'existence à l'état latent de germes tuberculeux.

Une coqueluche ou une rougeole survenant dans ces conditions pourront provoquer l'éclosion d'une bacillose ganglionnaire et même d'une tuberculose généralisée.

On trouve, en effet, presque toujours l'une ou l'autre de ces deux maladies quand on remonte aux antécédents des enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ; elles peuvent agir de deux manières pour provoquer la bacillose : en créant l'inflammation de l'appareil broncho-pulmonaire, elles ouvrent la voie des lymphatiques à une invasion de bacilles tuberculeux qui vont déterminer l'inflammation de ganglions déjà irrités par une infection banale et qui offrent ainsi au bacille de Koch un terrain de culture favorable ; ou bien elles réveillent la virulence de bacilles qui sommeillaient jusque-là, et dont l'existence aurait pu rester latente d'une façon indéfinie

Les enfants de tout âge sont sujets à l'adénopathie bronchique ; le maximum de fréquence est compris entre un an et deux ans et demi.

3° *Tumeurs cancéreuses.* — Les tumeurs malignes du médiastin ne sont pas fréquentes chez l'enfant ; sur 750 cas de tumeurs malignes, d'Espine et Picot en ont relevé 27 du médiastin.

Le point de départ le plus fréquent de ces tumeurs est le thymus.

Lorsqu'elles sont primitives, elles font partie du groupe des lymphadénomes ou lympho-sarcomes : secondaires, elles proviennent par propagation lymphatique d'un carcinome ou d'un sarcome du foie, du rein, du poumon.

4° *Syphilis*. — *Leucémie*. — Quant aux hypertrophies ganglionnaires dues à la leucémie et à la syphilis, nous ne ferons que les mentionner, elles ont été très rarement observées chez l'enfant avec les symptômes caractéristiques de l'adénopathie bronchique.

Anatomie pathologique. — Les ganglions qui accompagnent la trachée et les bronches, petits à l'état normal, peuvent augmenter considérablement de volume à l'état pathologique.

Baréty, dans sa thèse de 1874, les divise en trois groupes :

1° Les groupes prétrachéo-bronchiques droit et gauche situés dans l'angle supérieur obtus formé par la trachée avec la bronche droite ou gauche ;

2° Le groupe sous-bronchique occupant l'espace compris entre les deux grosses bronches ;

3° Les ganglions interbronchiques occupant l'espace compris entre les divisions bronchiques successives, jusqu'à la quatrième division.

Ces trois groupes communiquent entre eux, ainsi qu'avec un groupe rétro-sternal, et avec des ganglions sus-claviculaires et axillaires.

Tous ces ganglions peuvent être augmentés de volume et modifiés dans leur texture à la suite des altérations des organes voisins.

Règle générale : Toute inflammation des organes intra-thoraciques retentit sur les ganglions bronchiques.

Le volume de ceux-ci peut varier depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un œuf, d'une orange ; en se réunissant entre eux, ils forment une masse irrégulière, bosselée, entourant l'extrémité inférieure de la trachée et les deux grosses bronches, et répondant à la région interseapulaire jusqu'à la troisième vertèbre dorsale.

Les ganglions atteints d'adénite à la suite d'inflammations

simples des organes intra-thoraciques présentent de la péri-adénite, c'est-à-dire l'inflammation du tissu conjonctif péri-glandulaire.

Il est rare que l'inflammation aboutisse à la suppuration ; elle se résout rapidement, ou bien elle aboutit à l'état chronique ; les ganglions hypertrophiés sont le siège d'une transformation fibreuse qui peut se terminer par l'atrophie.

Lorsque les ganglions sont atteints de tuberculose ils subissent la dégénérescence caséuse, qui leur donne, à la coupe, l'aspect d'un marron cuit.

Le ganglion, entouré d'une coque fibreuse, épaisse, se ramollit, et la poche, remplie de liquide puriforme, peut s'ouvrir et se vider dans un organe voisin en donuant lieu à la formation d'une caverne. Mais la guérison peut avoir lieu, comme cela se produit dans le poumon, par transformation fibreuse et crétacée, la poche perdant son liquide et s'imprégnant de sels calcaires.

Les ganglions, augmentés de volume, produisent des lésions diverses des organes avec lesquels ils sont en contact. Ce sont : *des accidents de compression*, des *lésions mécaniques* et des *perturbations fonctionnelles*.

1° *Compression des organes de l'appareil respiratoire.* — La compression de la trachée et des bronches est très fréquente (dans $\frac{1}{3}$ des cas, Baréty), et due aux bronchites de la rougeole, de la coqueluche, de la broncho-pneumonie ; la masse ganglionnaire, qui produit un aplatissement de ces conduits, constitue une cause de renforcement des sons à ce niveau, en un point situé sur les côtés de la troisième vertèbre dorsale.

L'ulcération de la trachée et des bronches a lieu dans $\frac{1}{5}$ des cas (Baréty) ; un ganglion caséux accolé à la paroi de la bronche l'ulcère et y déverse son contenu ramolli, formant ainsi une petite caverne ganglionnaire.

2° *Compression des vaisseaux.* — Parmi les gros vaisseaux

du médiastin, aorte, artère et veines pulmonaires, veine azygos, veine cave supérieure, c'est sur cette dernière que les masses ganglionnaires exercent le plus souvent leur compression ; il peut en résulter une stase sanguine de la face, du cou, des membres supérieurs, ainsi que des réseaux veineux profonds, entraînant, comme conséquence, la congestion, l'hydropisie et l'hémorragie des méninges et du cerveau.

La compression des vaisseaux pulmonaires produit de l'œdème du poumon.

3° *Compression des nerfs.* — Elle peut s'exercer sur les plexus, sur les nerfs pneumo-gastriques, les nerfs récurrents, les nerfs phréniques.

Les altérations nerveuses jouent un grand rôle dans l'interprétation des phénomènes pathologiques dus à l'adénopathie trachéo-bronchique, ainsi que nous le verrons au chapitre de la symptomatologie.

L'action nocive due à la compression est très variable, se réduisant parfois à peu de chose, mais quelquefois assez intense pour produire l'écrasement, la désorganisation des troncs nerveux. On conçoit que, suivant le nerf atteint, il en résulte des troubles physiologiques de la voix, de la toux, de la respiration, des troubles des fonctions de l'œsophage, de l'estomac.

4° *Compression de l'œsophage.* — Les compressions légères ont peu d'action sur l'œsophage qui est mobile et se déplace facilement ; mais le passage des aliments peut être notablement gêné par la présence d'une masse ganglionnaire volumineuse ; d'ailleurs, la dysphagie peut être également d'origine nerveuse, par excitation des plexus œsophagiens.

5° *Lésions tuberculeuses du poumon.* — Elles sont de divers ordres ; tantôt il n'existe qu'un petit nombre de granulations isolées, tantôt les lésions du poumon et des ganglions ont marché simultanément : tuberculose du sommet et foyers caséux

de broncho-pneumonie avec masses ganglionnaires caséifiées.

Les deux lésions peuvent se réunir et, après ramollissement, se vider dans les bronches, constituant ainsi une caverne mixte (Rilliet et Barthez); parfois on a trouvé le poumon sain.

La tuberculose du poumon est quelquefois consécutive à celle des ganglions ; nous avons vu que les ganglions pouvaient être atteints primitivement ; dans ce cas, l'infection se fait du ganglion au poumon par contiguïté.

Il n'est pas rare de voir les ganglions présenter autour d'eux des lésions de périadénite ; tout le tissu cellulaire du médiastin participe au processus inflammatoire, et il se produit une *médiastinite chronique*, entraînant l'adhérence de tous les organes contenus dans le médiastin et occasionnant une perturbation dans leur fonctionnement.

SYMPTOMES

L'adénopathie trachéo-bronchique se traduit par des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques.

Symptômes fonctionnels. — Ce sont ceux des tumeurs du médiastin en général ; l'hypertrophie des ganglions détermine des phénomènes de compression qui occasionnent une série de troubles dans le fonctionnement des organes intra-thoraciques.

Si la compression siège au niveau de la trachée et des bronches, elle peut produire une *dyspnée habituelle* capable de s'aggraver au moindre effort ou à l'occasion de l'ingestion

des aliments ; l'inspiration est sifflante, il y a de la bronchite avec expectoration à peu près nulle, et une toux sèche, quinteuse. Lorsque la dyspnée est plus intense, le sifflement inspiratoire peut prendre le caractère du *cornage broncho-trachéal* ne s'accompagnant pas de troubles de la voix ; ce caractère le distingue du *cornage laryngien* dû à un spasme de la glotte ou à une paralysie des cordes vocales consécutive à une lésion du nerf récurrent.

Quelquefois l'obstacle au passage de l'air détermine un véritable *tirage* sus-sternal ou épigastrique, c'est-à-dire une dépression des téguments de ces régions à chaque inspiration.

La compression des nerfs intra-thoraciques, pneumogastrique, récurrent, phrénique, provoque des phénomènes caractéristiques, tels que la *toux coqueluchoïde*, les *modifications de la voix*, les *troubles dyspnéiques*.

La *voix* présente dans le cours de l'adénopathie bronchique des altérations intermittentes, qui ne tardent pas, d'ordinaire, à devenir permanentes ; la voix est rauque, voilée et même complètement éteinte : puis, de temps en temps, elle redevient claire ; ces différentes modalités alternent entre elles d'une façon très irrégulière.

La *toux* est parfois rauque et s'accompagne d'un gros ronchus qui s'entend à distance (Rilliet et Barthéz) ; d'autres fois, elle est pénible, quinteuse, assez douloureuse pour que le petit malade redoute de tousser (Rilliet et Barthéz) ; enfin, exceptionnellement, elle est aboyante.

Il n'est pas rare de voir la toux de l'adénopathie bronchique revêtir la forme spasmodique, quinteuse, et présenter les caractères de la coqueluche tels que quintes très fortes, congestion de la face, inspiration sifflante, reprise, suivie d'expectoration filante et même de vomissements alimentaires.

C'est à cause des ressemblances de cette toux avec celle de

la coqueluche que Guéneau de Mussy lui a donné le nom de *toux coqueluchoïde*.

Toutefois, d'après Rilliet et Barthéz, cette toux, qui est quelquefois rauque et douloureuse, n'a pas la régularité de celle de la coqueluche ; elle peut être persistante, mais ordinairement elle est intermittente ; elle se montre à intervalles réguliers, puis disparaît pour reparaitre après un temps plus ou moins long.

A côté de cette toux spasmodique, il y a un autre symptôme important de l'adénopathie du médiastin, ce sont les *accès de suffocation*, qui reviennent à intervalles plus ou moins rapprochés, et qui simulent tantôt des spasmes de la glotte, tantôt des accès d'asthme ; ces crises paroxystiques sont dues à une compression et à une irritation des filets centripètes du pneumogastrique ou des filets moteurs du nerf récurrent.

Le docteur Joal, du Mont-Dore, a consacré une étude spéciale à l'*asthme ganglionnaire*, dans les *Archives générales de médecine* (année 1891. 1^{er} vol.), il cite le chiffre de 127 petits asthmatiques qu'il a soignés, ce qui, dit-il, montre que cette maladie est moins rare qu'on ne le croit.

Au point de vue pathogénique, il adopte entièrement les idées de J. Simon, qui « attire l'attention sur l'excitation locale » et générale dont le ganglion congestionné ou enflammé » peut, tant par lui-même que par son atmosphère celluleuse, » devenir le siège et l'agent dans une région aussi riche en » vaisseaux et en nerfs que la région trachéo-bronchique. De » là, des poussées congestives et des irritations nerveuses » dans la production desquelles le ganglion entre moins par » une compression exercée sur les tissus ambiants que par la » désharmonie fonctionnelle dont il a été le facteur initial. De » là, des toux persistantes, des dyspnées paroxystiques, des » perturbations dans le rythme respiratoire, accéléré au moins » d'effort, accidents qui deviendront, pour un observateur

» exercé, des symptômes rationnels d'adénopathie bronchique,
» là où les signes physiques font défaut, ou bien sont insuffi-
» samment accusés ».

Nous avons dit comment se présentent ces troubles dyspnéiques, qui sont le plus souvent d'ordre réflexe, tenant à l'excitation des terminaisons des pneumogastriques dans la zone ganglionnaire.

Il n'est donc pas besoin d'une grave lésion glandulaire pour produire la dyspnée ; il suffit d'une simple hyperémie impressionnant les fibres centripètes du nerf vague. Le mécanisme de production est le même pour l'asthme nasal qui se manifeste par simple excitation des filets nerveux de la muqueuse pituitaire.

Altérations de la voix. — La voix est rauque ou voilée ; elle peut être tout à fait éteinte ; ces altérations, intermittentes au début, deviennent bientôt permanentes ; elles sont dues à une compression du récurrent par une masse ganglionnaire hypertrophiée ou à une paralysie des cordes vocales.

On a signalé des *troubles digestifs*, dysphagie, vomissements, dus à une irritation du pneumogastrique, ou une dysphagie mécanique produite par des ganglions tuméfiés comprimant l'œsophage.

Compressions vasculaires. — Les artères sont rarement comprimées ; mais les veines sont fréquemment le siège de compression, surtout la veine cave supérieure, dont la gêne circulatoire se traduit par de la bouffissure de la face, de l'œdème, de la cyanose, que l'on constate chez presque tous les enfants atteints d'adénopathie un peu accentuée. On a vu survenir des épistaxis et des hémoptysies foudroyantes dues à la stase sanguine des veines pulmonaires. (Rilliet et Barthez.)

Symptômes physiques. — Quand on recherche dans le thorax d'un enfant les signes physiques de la présence de ganglions hypertrophiés, l'exploration doit se faire dans les deux régions

sternale supérieure et interscapulaire. (Guéneau de Mussy.)

La première répond au manubrium et à la partie interne des deux premiers espaces intercostaux ; la deuxième correspond aux trois ou quatre premières vertèbres dorsales et est limitée en dehors par le bord spinal de l'omoplate. C'est dans cet espace interscapulaire que se trouve l'angle de bifurcation de la trachée, les grosses bronches et les ganglions, déjà décrits. A l'état normal, ces deux zones sont sonores chez l'enfant ; s'il existe des ganglions tuméfiés, la percussion pratiquée avec modération dans les deux régions homologues droite et gauche, donne une diminution de la sonorité ou de la matité, alors que les sommets et le reste de la poitrine ne donnent aucun signe semblable ; en même temps, le doigt perçoit une sensation de résistance.

La *palpation* révèle souvent, dans les régions sternale et interscapulaire, une augmentation des vibrations thoraciques.

L'*inspection* permet quelquefois de noter au niveau de la région sternale supérieure une véritable saillie.

L'*auscultation* fait percevoir des signes très importants qui sont dus à la présence de masses ganglionnaires ; tantôt les ganglions hypertrophiés compriment la trachée et les bronches et produisent ainsi des bruits anormaux et des modifications dans les bruits respiratoires ; tantôt ils agissent comme corps solides, bons conducteurs du son, et ils transmettent à l'oreille tous les bruits de l'arbre aérien, comme si elle auscultait directement la trachée ou les bronches.

Ces bruits arrivent donc exagérés à l'oreille, et pouvant donner l'illusion de lésions pulmonaires telles qu'une hépatisation, une infiltration tuberculeuse, ou même une caverne.

Dans les deux régions d'élection on trouve une diminution du murmure vésiculaire pouvant aller jusqu'au silence respiratoire ; cet affaiblissement, qui s'accompagne de sonorité à la percussion, provient d'un rétrécissement du calibre des bronches

et s'étend à tout un poumon ou seulement à un lobe dont la bronche est comprimée.

« Quand on ne constate aucun autre phénomène qui puisse » faire croire à un état emphysémateux des poumons, cette » faiblesse des bruits respiratoires avec persistance de la » sonorité est un des signes importants de l'adénopathie » bronchique ». (Guéneau de Mussy.)

Dans l'adénopathie légère, on entend seulement dans la zone ganglionnaire une expiration prolongée un peu soufflante qui peut, dans certains cas, prendre le caractère d'un vrai souffle, c'est l'*expiration bronchique* ; ce souffle, d'intensité variable est ordinairement très sec ; mais quelquefois il s'accompagne de râles humides.

Ces bruits, s'ils ont pour siège la trachée, retentissent dans tout l'arbre aérien ; ceux qui se passent dans une des bronches ne sont entendus que dans le seul côté où cette bronche se ramifie.

Si l'adénopathie est plus accusée, on entend un souffle rude, sec, tubaire ; ce gros ronchus sonore, ne s'accompagne pas de râles crépitants, ni sous-crépitan, ni de râles muqueux ; il diffère des gros râles ronflants de la bronchite par sa longue durée, ses intermittences, son apparition soudaine sous des influences émotives. (Rilliet et Barthez.)

La voix peut avoir le retentissement de la broncho-phonie, et la toux peut retentir d'une façon spéciale, produisant ce qui a été appelé l'*écho de la toux* par Guéneau de Mussy.

DIAGNOSTIC

L'adénopathie trachéo-bronchique présente avec plusieurs maladies des voies respiratoires une communauté de symptômes qui rend quelquefois le diagnostic assez difficile ; aussi a-t-on dû parfois se contenter de présomptions. (Comby.)

On trouve dans Rilliet et Barthez l'exposé de certaines erreurs qui ont été commises : des ganglions volumineux qui renforçaient considérablement le bruit respiratoire ont fait conclure à une caverne qui n'existait pas ; d'autre part, chez un tuberculeux, des ganglions hypertrophiés comprimant une bronche et déterminant de l'apnée et du silence respiratoire, ont fait méconnaître des excavations pulmonaires même étendues.

Cependant, lorsque dans l'espace interscapulaire on constate à la percussion de la matité ou de la résistance au doigt, accompagnée d'un souffle rude, sec, et une diminution unilatérale du murmure vésiculaire avec conservation de la sonorité normale à la percussion, on est en droit de conclure à l'existence de masses ganglionnaires comprimant la trachée et l'origine des bronches.

Le diagnostic acquiert un plus haut degré de certitude si aux signes précédents s'ajoutent des troubles fonctionnels tels que dyspnée, cyanose, toux coquelucheuse.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'importance qu'il faut accorder à chacun des signes dont nous venons de parler : d'après Rilliet et Barthez, les symptômes dus à la percussion dans la région interscapulaire ne varient jamais, tandis qu'au

contraire, les signes stéthoscopiques seraient très variables et très infidèles.

Cadet de Gassicourt, *Revue des maladies de l'enfance*, et Comby accordent une importance prépondérante aux accès de dyspnée avec cyanose de la face, et à la toux coqueluchoïde, qu'ils considèrent comme des symptômes caractéristiques de l'adénopathie bronchique.

Nous allons passer en revue plusieurs maladies dont il est nécessaire de faire le diagnostic différentiel avec l'adénopathie trachéo-bronchique.

Bronchite chronique. — Il n'est pas rare de voir la bronchite chronique compliquer l'adénopathie trachéo-bronchique surtout après la coqueluche ; — lorsqu'elle présente de la toux fréquente et des accès de dyspnée, la bronchite pourrait éveiller l'idée d'adénopathie.

Dans le cas de bronchite chronique seule, la région inter-scapulaire ne présente ni submatité ni souffle, et l'auscultation ne fait percevoir que des râles muqueux et sibilants disséminés dans le poumon. — Dans l'adénopathie, il existe des quintes de toux bruyante, souvent coqueluchoïde, que la bronchite chronique seule est incapable de produire.

Emphysème pulmonaire. — A la percussion de la poitrine d'un emphysémateux, on trouve, en avant et en arrière, une exagération de sonorité à la percussion ; à l'auscultation, de la diminution du murmure vésiculaire, avec expiration prolongée et râles sibilants ; — absence de matité dans la région interscapulaire, point de souffle à ce niveau, point de toux coqueluchoïde ; ces signes négatifs joints aux précédents imposent le diagnostic avec l'adénopathie.

Coqueluche. — Dans la coqueluche comme dans l'adénopathie, la toux est quinteuse, spasmodique ; mais la coqueluche présente des efforts d'expiration séparés par une inspiration bruyante, qui revient toutes les cinq à six secousses, et

terminée par le rejet de mucosités et de matières alimentaires; le nombre de ces quintes est plus fréquent la nuit. Les quintes de l'adénopathie ne sont pas identiques aux précédentes; elles ne sont pas plus fréquentes la nuit et apparaissent plutôt le matin et le soir, ou bien à l'occasion d'un effort quelconque. La toux, bien que quinteuse, ne présente pas de secousses expulsives et l'on n'entend pas la reprise bruyante qui revient de temps en temps dans la coqueluche; l'expectoration filante, après la quinte, est exceptionnelle.

Enfin, tandis que les accès de la coqueluche sont réguliers, toujours semblables, de rythme uniforme, dans l'adénopathie, au contraire, le timbre de la toux est très variable, tantôt rauque ou éteint, tantôt strident, aigu.

La toux, dans la coqueluche, a une durée de un mois à six semaines et elle diminue ensuite progressivement; la toux coqueluchoïde de l'adénopathie présente des alternatives d'accalmie et d'aggravation qui n'ont rien de régulier, mais qui semblent cependant être en rapport avec l'hygiène bonne ou mauvaise de l'enfant.

Après la coqueluche, on trouve ordinairement les signes de l'emphysème pulmonaire et de la bronchite chronique réunis à ceux de l'adénopathie bronchique; outre les signes de l'emphysème et de la bronchite, on constate, dans l'espace inter-scapulaire, de la matité et le souffle caractéristique; les quintes de toux coqueluchoïde peuvent persister pendant une longue période, quatre, cinq et six mois après la guérison de la coqueluche.

Maladies dans lesquelles se produit le cornage. — Nous avons exposé le mécanisme du cornage chez les malades présentant les signes de l'adénopathie bronchique; ce ronflement peut être le symptôme principal et exister, soit d'une façon permanente, soit seulement lorsque l'enfant fait des efforts. Il ressemble au ronchus sonore que font entendre les enfants atteints

d'une gêne de la respiration occasionnée par une *hypertrophie des amygdales*, un *abcès rétro-pharyngien*, une *tumeur du pharynx* ; un examen attentif permettra de ne pas rattacher à l'adénopathie trachéo-bronchique un cornage provenant des causes que je viens d'indiquer.

Dans le cas où le ronflement est dû à une obstruction siégeant dans le pharynx nasal, on a conseillé, pour le distinguer du ronchus produit par l'adénopathie trachéo-bronchique, de pincer les narines de l'enfant ; on obtient, de la sorte, la cessation du bruit, la respiration se faisant librement au-dessous de l'obstacle.

Asthme. — L'asthme nerveux essentiel est très rare chez les enfants ; Rilliet et Barthez disent même ne l'avoir jamais observé ; certains enfants sont pris brusquement d'oppression, de dyspnée, de cyanose de la face, de sueurs froides ; ces accès sont, d'abord, assez éloignés les uns des autres ; ils ne tardent pas à se rapprocher et à produire une dyspnée continue qui peut atteindre une intensité excessive.

Cette dyspnée, tantôt diurne, tantôt nocturne, peut se montrer plusieurs fois dans les 24 heures.

En raison de la rareté de l'asthme essentiel chez l'enfant, chaque fois qu'il existe des phénomènes de dyspnée analogues à des accès d'asthme, on doit toujours, pour établir le diagnostic, rechercher les signes de l'adénopathie bronchique.

Spasmes ou paralysie de la glotte. — Nous avons vu que la dyspnée paroxystique de l'adénopathie bronchique s'accompagnait quelquefois de toux rauque, et de tirage épigastrique et sus-sternal ; l'aspect du malade pourrait faire croire à une affection du larynx, qui serait prise pour le croup, l'œdème de la glotte, ou le faux-croup (laryngite spasmodique). La respiration fait entendre un vrai bruit de cornage, la toux est rau-

que, la voix est éraillée, la face est cyanosée, l'asphyxie est menaçante.

Le diagnostic est parfois difficile à établir (J. Simon).

On ne peut y arriver que par un examen méthodique du larynx et par l'exploration minutieuse des régions ganglionnaires antérieure et postérieure du médiastin.

Polypes du larynx. — Jules Simon cite deux cas de polypes du larynx pris pour une adénopathie, dont ils présentaient quelques signes : cornage, asphyxie, altérations de la voix, souffle au niveau des bronches. En pareil cas, le diagnostic est subordonné à l'examen laryngoscopique.

Phtisie bronchique. — La tuberculose des ganglions bronchiques et celle des poumons évoluent généralement ensemble et leurs symptômes sont associés.

Dans certains cas, les symptômes de l'adénopathie sont prédominants et constituent toute la maladie.

Dans le cas de développement simultané de la phtisie bronchique et de la phtisie pulmonaire, les symptômes de l'adénopathie se montrent, le plus souvent, à la fin de la maladie : la toux devient coqueluchoïde ; la dyspnée et la cyanose de la face apparaissent ; la voix s'éteint, la figure devient bouffie, et on pourrait croire à des lésions pulmonaires plus étendues qu'elles ne le sont en réalité.

Si la phtisie pulmonaire est moins avancée, il est possible de déterminer l'étendue respective des lésions du poumon et celle des ganglions.

D'après Baréty, lorsque la matité augmente en allant de l'épaule au rachis ou au sternum, on peut conclure à une adénopathie ; c'est l'inverse qui se produit quand le poumon seul est malade.

Il en est de même pour le *souffle expiratoire* qui, en cas d'induration pulmonaire, s'entend surtout au sommet du poumon, tandis qu'il présente son maximum ou existe seul au ni-

veau du rachis ou du sternum, quand il est dû à l'adénopathie bronchique (Baréty).

Dans la seconde enfance, c'est la tuberculose pulmonaire qui imprime son cachet à la maladie (toux, fièvre, amaigrissement); l'adénopathie ne se montre que comme une complication et ses signes peuvent manquer. Dans le jeune âge, au contraire, ce sont les symptômes de l'adénopathie bronchique qui sont les plus évidents et qui constituent cette maladie spéciale à l'enfance connue sous le nom de *phtisie bronchique*, dont le tableau clinique diffère de celui de la tuberculose pulmonaire.

Adénopathie trachéo-bronchique simple. — A côté des formes graves dont l'évolution rapide impose le diagnostic de tuberculose ganglionnaire, il y a des formes bénignes dues à l'hypertrophie ganglionnaire simple. Ces formes cliniques, bien étudiées par J. Simon, qui les considère comme les plus fréquentes, ont les mêmes signes que la tuberculose des ganglions : toux persistante, quinteuse, coqueluchoïde, accès de dyspnée rappelant l'asthme, raucité de la voix, aphonie et les mêmes symptômes physiques.

Mais l'adénopathie simple s'en distingue par ce que ses signes sont moins accusés, sont très mobiles et très variables, se présentant avec des alternatives d'aggravation et d'atténuation; de plus, on se rappellera qu'il suffit parfois d'une cause légère, (changements atmosphériques, causes morales chez l'enfant) pour provoquer ces variations de symptômes, et on n'oubliera pas que les signes physiques présentent eux mêmes une grande variabilité.

Enfin, l'influence favorable d'un traitement bien institué viendra confirmer le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique simple. (J. Simon ; professeur Baumel.)

PRONOSTIC

Le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique dépend de sa cause ainsi que de la gravité des lésions.

La tuberculose des ganglions est d'un pronostic grave, mais pas absolument fatal ; bien soignée, l'adénopathie ganglionnaire tuberculeuse peut guérir en subissant la transformation fibreuse et crétacée. Toutefois, pour la plupart des auteurs, il ne s'agirait pas là d'une guérison définitive, mais d'une sorte de trêve, d'un sommeil momentané qui n'écarte pas d'une façon absolue le danger ultérieur d'une infection pulmonaire ou méningée. Certains accidents mortels tels qu'ulcérations des bronches, des vaisseaux, des plevres, etc., viennent aggraver le pronostic.

Au contraire, l'adénopathie simple, inflammatoire, qui se termine le plus souvent par la guérison, est d'un pronostic relativement bénin. Jules Simon dit « avoir vu guérir un nombre considérable de cas sérieux » ; et nous avons déjà dit que le professeur Baumel ne compte plus les cas de guérison d'adénopathie simple.

Toutefois, il y a lieu de réserver le pronostic dans les cas où cette complication atteint les enfants à la mamelle, lesquels présentent une susceptibilité particulière des voies respiratoires.

TRAITEMENT

Le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique est *prophylactique et curatif*.

La prophylaxie consiste, d'une part, à éviter la tuméfaction ganglionnaire par un traitement préventif bien compris (J. Simon) ; d'autre part, à empêcher qu'une adénopathie aiguë ne passe à l'état chronique.

Les causes les plus communes de l'adénopathie étant la coqueluche, la rougeole, les bronchites, il y a lieu, chez un enfant atteint de l'une ou l'autre de ces affections, de redoubler de sévérité dans les mesures hygiéniques, et en particulier, d'éviter l'action nocive du froid.

Si l'on n'a pas réussi à empêcher la tuméfaction ganglionnaire de se produire, si l'on se trouve aux prises avec une adénopathie aiguë consécutive à une inflammation broncho-pulmonaire, on s'efforcera d'empêcher l'état aigu de devenir chronique en instituant un traitement approprié. On exercera une surveillance attentive sur l'appareil respiratoire, principalement dans la convalescence de la coqueluche et de la rougeole, qui sont les deux principales causes de tuméfaction ganglionnaire.

L'organisme, affaibli par ces maladies, a besoin d'être mis en situation de résister aux infections de toute nature, spécialement à l'infection tuberculeuse, et il est nécessaire d'isoler le malade, de le soustraire aux milieux malsains et de l'envoyer à la campagne. S'il peut se déplacer, on lui conseillera d'aller dans le Midi, où il se fixera dans un endroit abrité des vents et de la brise de mer ; ou bien on l'enverra du côté du

golfe de Gascogne, dans l'atmosphère calme et chargée d'émanations balsamiques des forêts d'Arcachon.

L'on doit donc se proposer, avant tout, d'éviter et de combattre toutes les causes capables de produire ou d'entretenir les affections des voies respiratoires, quelle que soit leur nature.

En plus de ces mesures hygiéniques, on prescrira une alimentation composée principalement de lait très pur, et les médicaments toniques.

Traitement curatif. — Si l'adénopathie aiguë ne s'améliore pas, si les symptômes constatés établissent son passage à l'état chronique, et si la santé générale périclité, il y a lieu de craindre que la maladie ne soit de nature tuberculeuse. Dans ce cas, on aura recours au traitement ordinaire de la tuberculose : séjour au bord de la mer, vie au grand air, suralimentation.

Le traitement curatif de l'adénopathie en général comprend : les résolutifs, les calmants, les révulsifs.

La révulsion se fait à l'aide de badigeonnages à la teinture d'iode entre les deux épaules, de vésicatoires, d'application de coton iodé recouvert de taffetas gommé, ou du crayon Limousin à l'huile de croton (J. Simon). L'essentiel, c'est d'agir d'une façon permanente et point douloureuse (J. Simon).

On donnera l'huile de foie de morue à doses progressivement croissantes depuis une cuillerée à café, jusqu'à 6 et 8 cuillerées à soupe, par jour. On arrive quelquefois à la faire mieux tolérer en la donnant refroidie ; en tous cas, la tolérance s'établit vite en commençant par des doses très faibles que l'on augmente chaque jour.

Contre la toux, la dyspnée, les crises d'asthme, J. Simon conseille de donner deux fois par jour V à X gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoo-

lature d'aconit ; aux enfants déjà grandets, il ajoute une cuillerée à café de sirop diacode ou de sirop de codéine pris dans une tasse de tisane, en plusieurs fois.

Tous les huit jours il suspend cette médication pour donner, suivant les indications fournies par le petit malade 0, 15 à 0, 20 centigrammes de sulfate de quinine, V à VI gouttes de teinture de digitale, ou 1 gramme de bromure de potassium.

Quand l'élément catarrhal est accusé, on peut employer l'eau de goudron, ou la terpine, 0 gr. 25 centigr., deux fois par jour.

Aux repas, on fait prendre des préparations iodées, qui agissent comme résolutifs, sous forme d'iodure de sodium ou de potassium, de sirop d'iodure de fer ou de sirop iodo-tannique, ou mieux de sirop de raifort iodé, à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour.

Guéneau de Mussy donnait la préférence à la teinture d'iode, une dizaine de gouttes dans du vin sucré.

Enfin, on peut joindre aux iodés les préparations arsénicales.

La médication doit être longtemps continuée en alternant les médicaments et en faisant reposer le petit malade de temps à autre.

Dans les cas invétérés, on peut faire usage, avec avantage, des eaux minérales : on prescrit une saison à Challes ou aux Eaux Bonnes (Guéneau de Mussy), à la Bourboule, au Mont-Dore (J. Simon), à Balaruc.

CONCLUSIONS

1° L'adénopathie trachéo-bronchique est une maladie extrêmement fréquente chez les enfants ;

2° Elle peut revêtir différentes formes, mais la forme simple, non tuberculeuse, est la plus commune ;

3° Cette forme simple, lorsqu'elle est bien traitée, guérit dans le plus grand nombre des cas ;

4° Quant à la forme tuberculeuse, qui peut être primitive ou secondaire, elle comporte un pronostic très grave, la guérison définitive n'ayant été observée que dans des cas exceptionnels.

OBSERVATION PREMIÈRE

Louis S..., 6 ans, entre dans le service de M. le professeur Baumel le 3 octobre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Bronchites répétées.

Histoire de la maladie actuelle. — Depuis sa dernière bronchite survenue au mois de mai 1898, notre malade se plaint d'une toux sèche, persistante, que rien n'a pu supprimer.

4 octobre. — Submatité très prononcée dans le tiers supérieur des gouttières costo-vertébrales ; augmentation des vibrations thoraciques dans ces points ; souffle d'expiration très fort dans cette même région ; au sommet gauche, en arrière, en se rapprochant de la gouttière costo-vertébrale, suppression du murmure vésiculaire sur une étendue d'une pièce de cinq francs environ, Evolution de la dent de six ans.

On pose le diagnostic d'adénopathie bronchique.

Prescription : sirop de raifort iodé, 20 grammes ; eau de lactophosphate de chaux à 5 0/0, 30 grammes.

5. — Souffle énorme d'expiration dans la gouttière costo-vertébrale gauche ; même prescription que la veille ; badigeonnage à la teinture d'iode dans la région interscapulaire.

7. — La toux augmente ; il y a de la fièvre, T. 38°4. Râles sibilants en arrière, au sommet gauche ; ventre augmenté de volume, diarrhée. Souffle cardiaque à l'appendice xyphoïde ; foie gros, douloureux à la pression ; insuffisance fonctionnelle tricuspidiennne.

Prescription : Suppression du sirop de raifort iodé ; application d'un vésicatoire en arrière au sommet gauche, et looch blanc 20 grammes, benzoate de soude 2 grammes. Teinture

de digitale, VIII gouttes. Six cuillerées à café de ce looch dans la journée; régime lacté absolu.

8. — T. 37°5. Evolution des incisives latérales, ce qui explique la poussée de fièvre de la veille, ainsi que l'aggravation des symptômes pulmonaires.

12 octobre. — Le souffle tricuspidien a disparu; le ventre et le foie ont légèrement diminué de volume. A l'auscultation, on ne relève qu'un souffle d'expiration très intense, mais absolument sec.

Reprise du sirop de raifort iodé, 20 gr.

Suppression du looch à la digitale.

15. — Le ventre et le foie sont revenus à leur volume normal. L'enfant tousse moins. A l'auscultation, le souffle d'expiration tend à se limiter dans la gouttière costo-vertébrale gauche.

20. — Presque plus de toux, mais toujours submatité très prononcée sur une étendue d'une petite paume de main, à gauche, en haut et en arrière.

Traitement: Sirop de raifort iodé; teinture d'iode sur la submatité.

30. — Plus de toux; le souffle est peu intense; la submatité très diminuée existe encore dans l'espace omo-vertébral gauche.

7 novembre. — Les signes perçus à l'auscultation et à la percussion le 30 octobre persistent encore. Néanmoins, notre petit malade est considéré comme guéri et sort dans la journée. Nous ne l'avons plus revu.

OBSERVATION II

Fernand L..., 6 ans 1/2, entre dans le service de M. le professeur Baumel, le 28 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère hystérique.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans.

Histoire de la maladie actuelle. Notre petit malade tousse depuis la convalescence de sa rougeole, laquelle s'était compliquée de broncho-pneumonie ; la toux est sèche, quinteuse, se produisant parfois la nuit ; malgré tous les calmants qui ont été essayés, la toux persiste sans la moindre amélioration.

29 novembre. — Examen du malade : rachitisme thoracique ; aplatissement du thorax qui a la forme de carène ; gros ventre ; tibias à légère concavité interne.

A la percussion : Submatité en un point très limité de l'espace omo-vertébral gauche.

Palpation : Augmentation des vibrations thoraciques en ce point.

A l'auscultation : Souffle intense dans la moitié supérieure des gouttières costo-vertébrales, surtout marqué à gauche ; souffle plus intense dans le point submat ; râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine.

L'infirmière nous apprend qu'à la suite d'une quinte de toux, l'enfant a été pris de vomissements.

Prescription : Looch blanc, 20 gr. ; benzoate de soude, 2 gr. à prendre, 6 cuillerées à café dans la journée.

Alterner avec sirop de Tolu belladonné à 0 gr. 07 centigr. pour cent.

Diagnostic : Adénopathie trachéo-bronchique.

30 novembre. — Même état. Toux un peu moins fréquente. Vomissements après les quintes.

2 décembre. — Les râles ont diminué ; même souffle d'adénopathie. La toux a le caractère coqueluchoïde.

Prescription : Sirop de Raifort iodé, 20 gr. eau de lactophosphate de chaux, 40 grammes.

5. — Dans la nuit du 4 au 5 décembre, accès de laryngite

striduleuse. Evolution des premières grosses molaires inférieures ; adénite médiane sous-maxillaire. Même traitement : révulsifs sur le cou.

7. — La toux coqueluchoïde perd de son intensité.

Apparition de la première grosse molaire supérieure droite. Léger engorgement du ganglion préauriculaire droit. Mêmes prescriptions : Sirop de raifort iodé ; eau de lactophosphate de chaux.

18. — On constate quelques râles humides en arrière, à la base de la poitrine, des deux côtés. Looch 120 ; benzoate de soude 2 grammes.

21. — La toux a diminué ; les râles disparaissent.

Le souffle d'adénopathie persiste.

27 décembre. — La toux a presque complètement disparu ; l'état général est satisfaisant. On n'entend plus de bruits nulle part.

Le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION III

Claudius Arg..., 14 ans, entre dans le service de M. le professeur Baumel, le 31 mai 1899.

Antécédents héréditaires.— Père bacillaire ; mère bien portante.

Antécédents personnels.— A eu la rougeole à 7 ans.

Maladie actuelle.— Le malade présente des signes de rachitisme ; amaigrissement très accusé.

Depuis 6 mois, il est atteint d'une toux sèche, se produisant surtout le matin, au réveil ; il a eu de la diarrhée pendant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital ; ses selles contenaient, dit-il, des débris de membranes.

État actuel. — La diarrhée persiste, mais peu abondante ; pas de coliques, ni d'épreintes, ni de ténésme.

Le malade tousse toujours au réveil.

Examen de la poitrine. — En avant, légère submatité à gauche, sous la clavicule ; râles sous-crépitaux fins ; à droite, sonorité normale, expiration un peu prolongée au sommet ; pas de bruits anormaux.

En arrière, à gauche, submatité dans la fosse sus-épineuse, respiration soufflante, quelques râles humides ; rien d'anormal à droite.

Dans l'espace interscapulaire, à gauche, la percussion dénote de la matité et à droite un peu de submatité ; il y a augmentation notable des vibrations thoraciques ; à l'auscultation, on entend un souffle assez fort surtout à l'expiration, accompagné de râles sous-crépitaux fins.

Le foie est douloureux, augmenté de volume ; le cœur présente un dédoublement du 2^e bruit. Pas de fièvre. Puls à 72.

Diagnostic : Adénopathie bronchique.

Traitement : Sous-nitrate de bismuth 0 gr. 80.

Solution de lacto-phosphate de chaux, 40 grammes.

2 juin. — La diarrhée a disparu ; la toux persiste ; mêmes signes d'adénopathie.

Traitement : Sirop de raifort iodé, 20 grammes.

Eau de lacto-phosphate de chaux, 40 grammes.

5. — Le malade se sent mieux, il dort bien ; la toux a diminué ; l'appétit est bon. Même traitement.

10. — Le mieux s'accroît ; la toux n'existe que le matin et est bien moins forte ; même submatité de l'espace interscapulaire ; le souffle a diminué d'intensité ; il y a toujours quelques râles sous-crépitaux au niveau submat.

Le foie n'est plus douloureux et a diminué de volume.

14. — État général bien meilleur ; le sommet du poumon gauche est dans le même état : submatité, respiration souff-

flaute, quelques râles fins en avant et en arrière. Révulsion à ce niveau.

Le malade est un peu moins maigre et se sent bien mieux.

Il est encore en traitement à l'Hôpital-Suburbain.

Voici quelques très courtes observations prises parmi les nombreux enfants atteints d'adénopathie bronchique qui se présentent, chaque semaine, à la consultation de l'Hôpital-Général (n^{os} IV, V, VI, VII).

OBSERVATION IV

29 mai. — Henri D..., 6 ans, père et mère bien portants. A eu la rougeole naguère et toussé depuis cette époque; la toux est quinteuse, bruyante et détermine une dyspnée assez forte.

A la percussion, submatité dans l'espace omo-vertébral gauche; souffle fort à ce niveau; gros ronchus sonore avec quelques râles sous-crépitaux. Quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. Apyrexie.

OBSERVATION V

2 juin. — Mathilde R..., 2 ans. Pas d'antécédents suspects.

A eu la grippe, il y a quelque temps. Depuis cette époque, présente une toux catarrhale fréquente, très fatigante.

Pas d'appétit. Amaigrissement. Apyrexie.

Râles sibilants disséminés dans les deux poumons. Respiration un peu diminuée.

Submatité dans la moitié droite de l'espace interscapulaire. Ronchus sonore à ce niveau, avec râles muqueux.

OBSERVATION VI

5 juin. — Louis T..., 4 ans. Père bien portant, mère anémique, a deux frères bien portants. Pas de tare bacillaire.

L'enfant a eu la coqueluche, il y a cinq mois : il tousse très souvent depuis cette époque ; depuis un mois, la toux est devenue plus fréquente encore ; il a des accès de dyspnée intense avec congestion de la face ; la respiration est très bruyante et par moments on constate un peu de tirage sus-sternal.

Nombreux râles fins dans le poumon droit ; respiration diminuée à gauche, sans bruits anormaux.

Submatité dans l'espace omo-vertébral gauche avec quelques râles sous-crépitaux. Bruit d'expiration soufflante à ce niveau ; gros ronchus sonore intermittent.

OBSERVATION VII

9 juin. — Paul C..., 3 ans 1/2. Pas d'antécédents héréditaires suspects. A eu la rougeole il y a un an.

Tousse fréquemment depuis deux mois : toux sèche quinteuse, déterminant de la dyspnée. Depuis un mois environ, la toux a revêtu le caractère coqueluchoïde.

Rien du côté des poumons, sauf une légère diminution du bruit respiratoire et quelques râles fins à la base droite.

Submatité de l'espace interscapulaire. Vibrations accrues à ce niveau et souffle très fort avec quelques râles muqueux.

OBSERVATION VIII

Jeanne T..., âgée de 2 ans 1/2, est apportée à la consultation de l'Hôpital-Général, le 6 mars 1899.

Pas d'antécédents héréditaires bacillaires.

Deux mois auparavant, cette enfant a eu une rougeole qui a guéri au bout d'une douzaine de jours ; mais, après la disparition de celle-ci, elle a continué à tousser et à avoir des accès de toux quinteuse, rauque.

Les quintes reviennent irrégulièrement, environ toutes les

deux ou trois heures. L'enfant est prise devant nous d'une forte quinte ; la face est congestionnée ; la toux nettement coqueluchoïde ; après l'accès, la malade rejette une certaine quantité de matières filantes.

Cette enfant, qui marchait bien avant sa rougeole, ne peut plus se tenir sur ses jambes ; elle a beaucoup maigri et est très affaiblie ; elle n'a pas de fièvre.

Exploration de la poitrine : On ne trouve rien d'anormal en avant et en arrière à la percussion ; à l'auscultation, il semble que la respiration s'entende moins facilement à droite et qu'il y ait diminution du bruit respiratoire de ce côté ; on perçoit quelques râles de bronchite disséminés à gauche, et quelques râles fins aux deux bases.

Dans la moitié droite de l'espace interscapulaire, il existe de la matité avec un gros ronchus sonore, vibrant, sec, et quelques râles muqueux à l'expiration.

Tube digestif. — L'enfant a quelques vomissements, seulement après les quintes de toux, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée.

Traitement : Révulsifs à la région interscapulaire et sur les membres inférieurs ; sirop de Tolu belladonné ; eau de lactophosphate de chaux. Régime lacté absolu.

Le 10. — Toux moins fréquente ; les quintes sont moins fortes. L'enfant ne vomit plus, est plus gaie.

Mêmes signes qu'auparavant à la percussion et à l'auscultation.

Prescription : Sirop de raifort iodé ; potion au benzoate de soude.

Le 13. — L'enfant va mieux ; elle tousse moins ; le ronchus interscapulaire est moins fort ; la respiration s'entend bien partout, d'une façon uniforme ; les râles de bronchite ont disparu.

Le 20. — Le mieux est très accusé ; la toux est simplement catarrhale ; plus de dyspnée.

Nous revoyons l'enfant environ deux mois après ; la mère l'amène en même temps que son autre enfant atteint de diarrhée pour lequel elle vient demander des soins.

La fillette se porte très bien, et la guérison paraît complète ; on ne retrouve pas les signes d'adénopathie.

OBSERVATION IX

Louis G..., âgé de 3 ans, est amené à la consultation de l'Hôpital-Général le 16 janvier 1899. — Père et mère bien portants ; pas d'antécédents bacillaires ; a deux frères bien portants ; n'en a pas eu d'autres.

Cet enfant s'est bien porté jusqu'à l'âge de 2 ans 1/2 ; il y a environ six mois, a été atteint d'une coqueluche qui a duré deux mois ; après sa disparition, il a continué à tousser ; toux rauque, bruyante, nullement coqueluchoïde.

Le petit malade était pris fréquemment d'accès de dyspnée avec menace de suffocation ; la respiration était sifflante et constituait un vrai cornage laryngé avec un peu de tirage sus-sternal.

Les accès se montraient indifféremment le jour ou la nuit, en nombre très variable, très courts, environ une demi-minute.

A la consultation, le 16 janvier, on constate ce qui suit :

Signes de bronchite dans le poumon droit, avec un peu de submatité sous la clavicule droite, respiration un peu rude et expiration prolongée ; à gauche, sonorité normale à la percussion, coïncidant avec une diminution du murmure vésiculaire dans le poumon gauche ; en arrière, dans l'espace interscapulaire, matité dans la moitié gauche, moins accusée dans la moitié droite ; à l'auscultation, on entend un souffle très fort, tubaire, au niveau de l'espace omo-vertébral gauche ; à droite, quelques râles muqueux.

La respiration est sifflante, la dyspnée intense.

Traitement : Révulsifs entre les deux épaules et aux membres inférieurs ; sirop de Tolu belladoné, alterné avec potion au benzoate de soude.

Le 20, la dyspnée est moins intense, la toux encore quinteuse, rauque ; la respiration moins sifflante ; mêmes signes à la percussion et à l'auscultation ; même traitement.

Le 23. — Toux moins forte : les quintes ont diminué de fréquence et d'intensité ; le souffle de la région interscapulaire n'a plus la même rudesse ; la respiration s'entend partout dans les deux poumons ; très peu de râles de bronchite.

Traitement : Sirop de raifort iodé ; même potion au benzoate de soude.

L'enfant n'est plus revenu ; mais nous avons appris depuis qu'il était bien portant.

La toux et la dyspnée avaient disparu.

OBSERVATION X

Je dois cette observation à l'obligeance de M. le docteur Andrieu, aide de clinique.

Charles G..., 2 ans 1/2, entre dans le service de M. le professeur Baumel, à la clinique des enfants, le 20 décembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère, tante, sœur, mortes de la tuberculose.

Antécédents personnels. — Deux broncho-pneumonies.

Maladie actuelle. — Ce petit malade tousse depuis sa première broncho-pneumonie, contractée à l'âge de 6 mois ; à 2 ans, il fait une deuxième broncho-pneumonie dans le service de M. le professeur Baumel, où il était entré pour une toux persistante, chronique, toux d'adénopathie bronchique ; depuis cette époque, a eu des alternatives nombreuses d'amélioration et d'aggravation.

21 décembre.— Toux quinteuse, coqueluchoïde, ne laissant presque pas de repos ; gros ventre ; diarrhée. A la percussion, submatité dans la gouttière costo-vertébrale droite ; en ce point, souffle intense d'adénopathie, râles disséminés dans toute la poitrine.

Prescription : Looch blanc, 120 gram., avec benzoate de soude, 1 gr. 50.

Régime lacté absolu. — Potion s. n. bismuth, 0 gr. 80.

22. — La diarrhée et la toux coqueluchoïde persistent.

25. — La diarrhée n'a pas diminué ; il y a toujours les mêmes râles dans la poitrine, et le même souffle au sommet gauche. Pouls petit, irrégulier ; souffle très net à l'appendice xyphoïde, annonçant que le cœur droit est forcé ; arythmie ; douleur dans l'hypochondre droit, foie volumineux, douloureux à la pression ; tous ces symptômes indiquent une insuffisance fonctionnelle de la valvule tricuspide.

Prescription : Looch blanc à la digitale, pour venir en aide au cœur.

29. — La diarrhée s'est un peu amendée ; les bruits du cœur sont plus réguliers ; on cesse la digitale.

3 janvier. — Il y a encore un peu de diarrhée ; la toux est toujours quinteuse. Reprise du looch à la digitale.

7. — La diarrhée a cessé ; on entend quelques râles avec souffle d'adénopathie dans l'espace omo-vertébral gauche.

Prescription : Sirop de raifort iodé, 15 grammes.

Eau de lacto-phosphate de chaux à 5 0/0, 20 grammes.

11. — La toux a diminué d'intensité ; le souffle persiste.

20. — Toux presque nulle ; même souffle d'adénopathie.

Sirop de raifort iodé, 20 grammes. Eau de lacto-phosphate de chaux, 30 grammes. Sirop de quinquina, 20 grammes.

30. — Toux coqueluchoïde ; de nouveau, un peu de diarrhée ; submatité au sommet gauche en arrière, sur une surface

équivalente à une petite paume de main ; souffle rude, caverneux, sec, à ce niveau. Même prescription.

16 février. — Etat relativement satisfaisant ; même souffle sec.

22. — Diarrhée ; même toux qu'il y a trois semaines. Arythmie du cœur. Râles dans toute la poitrine ; souffle à l'appendice xyphoïde ; bruits du cœur peu énergiques.

Prescription : On suspend le traitement qu'on remplace par un looch à la digitale.

26. — La diarrhée a presque disparu ; les bruits du cœur ont augmenté d'énergie et se sont régularisés. On supprime le looch à la digitale, et on reprend le sirop de raifort iodé, 20 grammes.

Eau de lacto-phosphate de chaux, 20 grammes. Looch au benzoate de soude.

2 mars. — Etat satisfaisant. Pas de diarrhée ; presque pas de toux ; bruits du cœur assez énergiques.

15. — Signes de bronchite légère ; souffle intense d'adénopathie dans les gouttières costo-vertébrales.

Prescription : Looch blanc au benzoate de soude, 2 grammes.

24. — Disparition complète des râles bronchiques, mais toux sèche, quinteuse, coqueluchoïde ; même souffle.

De la fin mars au commencement de juin, alternatives d'amélioration ou d'aggravation ; tantôt diarrhée, tantôt insuffisance fonctionnelle de la tricuspide ; toux augmentée ou diminuée.

Le 10 juin, le petit malade est toujours en traitement ; la face est bouffie, il tousse et son état général laisse beaucoup à désirer.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 14 juin 1899.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ

Montpellier, le 14 juin 1899.

Le Doyen :

L. VIALLETON.

